

MANEJO ANESTÉSICO EM FELINO SUBMETIDO À CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO

¹Gabriel Marley Viana Leal; ²Iasmin da Costa Ferreira; ³Juliana dos Reis Silva; ⁴Pedro Holanda Bastos; ⁵Lara Andrade Alvim; ⁶Geilza Santos Andrade.

^{1,2,3,4} Graduandos em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Piauí; ^{5,6} Residentes no Hospital Veterinário Universitário / CMPP/ UFPI.

Área Temática: Clínica e Cirurgia de Pequenos Animais

E-mail do autor: gabriel.leal@ufpi.edu.br

INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática congênita em felinos causa deslocamento visceral para o tórax e compressão pulmonar limitante. O desafio anestésico-cirúrgico é agravado em pacientes pediátricos de baixo peso, dada ao custo financeiro de ventiladores mecânicos microprocessados específicos, fato este que interfere na ventilação adequada a estes pacientes e torna sua aquisição mais difícil, e a presença de aderências que prolongam o procedimento. Nesses quadros, o risco é elevado, exigindo protocolos que minimizem a depressão cardiorrespiratória. **OBJETIVO:** Relatar o manejo anestésico de um felino pediátrico com hérnia diafragmática congênita, com foco nos desafios ventilatórios, nas intercorrências e no protocolo anestésico. **MÉTODOS:** Felina, cinco meses, 1 kg, apresentando angústia respiratória. Hemograma revelou leucocitose (17.100 cel/ μ L) e ureia sérica pré-operatória de 75,9 mg/dL. A ultrassonografia abdominal padrão confirmou fígado e intestinos no tórax. A medicação pré-anestésica consistiu em cetamina (4 mg/kg) e dexmedetomidina (2 mcg/kg) via intramuscular. Após venóclise, instituiu-se fluidoterapia com Ringer Lactato (5 mL/kg/h) e pré-oxigenação. Foi realizada por via intravenosa (IV) lenta a morfina (0,1 mg/kg) e o midazolam (0,1 mg/kg), seguida de bolus de propofol IV dose-efeito (1 mg/kg) para indução. Após dessensibilização periglótica, intubou-se com sonda endotraqueal 2,5. A manutenção combinou isoflurano, cetamina 1 mg/kg/h, dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/h e fentanil 5 mcg/kg/h, sendo o fentanil precedido por um bolus IV de 3 mcg/kg para o rápido alcance e manutenção do fármaco na janela terapêutica. Realizou-se celiotomia para desfazimento de aderências, redução do conteúdo e herniorrafia. **RESULTADOS:** Transanestésicamente, a paciente apresentou hipoxemia severa (SpO₂ 86%), evento justificado pela restrição ventilatória e atelectasia compressiva causadas pelas vísceras torácicas (desequilíbrio ventilação/perfusão). Devido à limitação de não se utilizar ventilação mecânica adequada ao porte, empregou-se ventilação manual via sistema sem reinalação (Mapleson F / Baraka). Para reverter a hipoxemia, instituiu-se hiperventilação (20 mpm), que otimizou a oxigenação, mas gerou hipocapnia (EtCO₂ 25 mmHg). A oximetria e capnometria normalizaram-se apenas após a miiorrafia e reestabelecimento da pressão intratorácica. A extubação ocorreu em 5 minutos, sob analgesia multimodal. Exames pós-operatórios demonstraram resolução da leucocitose (6.200 cel/ μ L), porém com elevação da ureia (86 mg/dL) e creatinina no limite superior (1,7 mg/dL), sugerindo injúria renal aguda leve, possivelmente secundária à hipoxemia transoperatória. **CONCLUSÃO:** Portanto, o manejo anestésico nesse caso garantiu a manutenção hemodinâmica, enquanto o reconhecimento da restrição ventilatória e a rápida intervenção manual compensatória foram determinantes para a sobrevida. A alteração renal pós-operatória reflete a morbidade da hipoxemia, evidenciando a necessidade de correção precoce de parâmetros e monitoramento intensivo em pacientes com limitação ventilatória mecânica.

Palavras-chave: Gato, Ruptura diafragmática, Herniorrafia, Analgesia.